

ВОЗВРАЩАЯ ЭТОТ ОТЧЕТ,  
УБЕДИТЕСЬ В ТОМ, ЧТО **АДРЕС**  
**МЕСТНОГО ОТДЕЛА**  
**СОЦИАЛЬНЫХ СЛУЖБ** ВИДЕН  
В ОКОШКЕ КОНВЕРТА.

LDSS-4310-RU (Rev. 3/18)

## Периодический отчет

**Чтобы по-прежнему получать пособия и льготы, вы должны к \_\_\_\_\_ заполнить этот отчет и выслать его по адресу, указанному на обратной стороне.**

Этот «Периодический отчет» помогает нам собирать информацию о каких-либо изменениях в вашем положении с тех пор, как вы последний раз общались с сотрудником, ведущим ваше дело (ведущим). Прочитайте, пожалуйста, все инструкции и следуйте им во время заполнения «Периодического отчета». Очень важно заполнить, подписать и вернуть «Периодический отчет» к указанной выше установленной дате. Невыполнение этого требования может привести к тому, вам прекратят выдавать пособие по уходу за детьми и/или пособие SNAP.

CASE NAME		НОМЕР ДЕЛА
ОФИС	ОТДЕЛ	СОТРУДНИК
Если у вас есть вопросы касающиеся заполнения этого отчета, позвоните по телефону : (____) _____	Мы должны получить ваш заполненный отчет к _____. Если мы не получим заполненный отчет к этой дате, вам прекратят выдавать пособие по уходу за детьми и/или пособие SNAP. Невыполнение этого требования не повлияет на получение вами льгот по программе медицинской помощи.	

### Общие инструкции

1. Вы должны **ответить на все вопросы** этого отчета. Ответьте на все вопросы этого отчета за каждого, кто получает (**или за лицо, несущее юридическую ответственность за каждого, кто получает**) пособие по уходу за детьми и/или пособие SNAP
2. Вы должны заполнить и подписать этот отчет и выслать его к \_\_\_\_\_ по указанному на обратной стороне адресу, иначе вам прекратят выдавать пособие по уходу за детьми или пособие SNAP либо уменьшат сумму пособия.

**Помните! Если вы получаете, кроме этого, временное пособие (ТА) и Медикэйд, вы должны в течение 10 дней сообщить своему ведущему о каких-либо изменениях в вашем положении. Получатели пособия SNAP должны сообщать об изменениях в течение 10 дней по окончании месяца – в случае, если их общий месячный доход превысил 130% установленной для них нормы. Если вы или кто-либо из проживающих с вами лиц является трудоспособным взрослым без иждивенцев (“ABAWD”), он или она ОБЯЗАНЫ в течение 10 дней по окончании месяца сообщить в отдел, если количество отработанных часов будет меньше 80 за месяц. Лицо ABAWD может попросить о предоставлении возможности трудовой деятельности, удовлетворяющей федеральным требованиям для ABAWD. Если вы или кто-либо из проживающих с вами лиц является трудоспособным взрослым без иждивенцев (“ABAWD”), он/она также должны сообщить, если семья переезжает в зону, где действует отмена федеральных требований, касающихся трудовой деятельности для ABAWD, или если таковое лицо считает, что он/она должны быть освобождены от выполнения требований. Если же ваш доход не превысил установленную норму, вы можете сообщать об изменениях только в своем периодическом отчете или во время переоформления, – в зависимости от того, что случится раньше. Вам необходимо как можно скорее связаться со своим ведущим в случае, если какие-либо изменения могут повлиять на получение вами пособия по уходу за детьми.**

**ТОЛЬКО ДЛЯ НУС – НОВАЯ ИНФОРМАЦИЯ!** Теперь вы можете подавать отчет просто и быстро **ПО ИНТЕРНЕТУ** (вместо почты).

Зайдите на [www.nyc.gov/accesshra](http://www.nyc.gov/accesshra)

**РАЗДЕЛ 1: Перечислите, пожалуйста, ВСЕ виды дохода ВСЕХ членов группы совместно с вами проживающих лиц. Если вы получаете только пособие SNAP, вам необходимо указать доход только трудоустроенных членов вашей группы совместно проживающих лиц.**

(Примерами получаемого дохода являются: заработанный доход, пособие по безработице, пособия социального страхования, [SSI])

Кто	Название или имя и фамилия работодателя или др. источника дохода	Как часто? (ежедневно, еженедельно, раз в две недели, ежемесячно)	Общее количество отработанных часов в неделю

**Вышлите доказательства всех видов дохода, полученного каждым членом группы совместно проживающих лиц в течение месяца \_\_\_\_\_****РАЗДЕЛ 2:** Произошли ли изменения в вашем положении (см. ниже) после последнего отчета или ожидаете ли вы каких-либо изменений? Нет или  Да Если да, вы должны отметить галочкой (✓) хотя бы одну клетку.

- Один из трудоспособных членов вашей группы не работал (или не участвовал в программе трудоустройства) в течение по меньшей мере 80 часов каждого месяца. (укажите лицо и м-цы, в течение которых не выполнялись требования программ).
- Вы переехали (укажите новый адрес).
- Кто-то поселился вместе с вами или отселился от вашей группы (укажите это лицо и новую арендную плату).
- Ваша арендная плата повысилась или понизилась (укажите новую арендную плату).
- Вы отдельно оплачиваете:  Отопление  Кондиционирование воздуха  Другие коммунальные услуги (электричество, газ для приготовления пищи, вода, канализация, вывоз мусора)
- Кто-то начал работать или оставил работу (укажите кто, когда и какую работу это лицо получило или оставило).
- У кого-то изменился размер незаработанного дохода.
- Ваши расходы по уходу за детьми, за которые вы платите из своего кармана, изменились либо у вас другой поставщик по уходу за детьми (укажите размер изменившихся расходов и название/имя и фамилию поставщика).
- Кто-то в вашей группе умер или родился (укажите кто и когда).
- Изменение в размере алиментов на содержание ребенка, выплачиваемых по распоряжению суда членом вашей группы (укажите, кто в вашей группе совместно проживающих лиц выплачивает алименты).
- Изменение в истории болезни, ограничивающее способность человека в вашей группе работать или тип работы, который он смог бы выполнять. (укажите кто и когда человек заболел).
- Другие изменения, которые могут повлиять на получение пособий (укажите лицо, какое именно изменение, когда оно произошло и, если возможно, представьте подтверждающие документы).

Укажите ниже подробности ваших изменений и вышлите подтверждающие документы, если они имеются: \_\_\_\_\_

**ЗАВЕРКА СВЕДЕНИЙ.** Я понимаю, что представленная мною в этом отчете информация может привести к изменениям в предоставляемой мне помощи (в т.ч. к уменьшению получаемого мною временного пособия, пособия SNAP и пособия по уходу за детьми) либо к закрытию моего дела. Если мой общий месячный доход превысил 130% установленного уровня, я должен сообщать об изменениях в течение 10 дней по окончании месяца, в котором получен этот доход. Мне известно, что федеральное законодательство и законодательство штата предусматривают штрафные санкции и/или наказание в виде тюремного заключения для любого лица, совершившего мошеннические действия с целью получения временного пособия, льгот по уходу за детьми и пособия SNAP, не имея права на получение этих пособий и льгот. Информация, представленная в этом отчете, может повлиять на мое право на получение Медикэйд.

Я понимаю, что в течение 10 дней я должен сообщить своему ведущему о каких-либо изменениях, касающихся моего дела по получению временного пособия и Медикэйд.

Я понимаю, что обязан (-а) как можно скорее связаться с работником, ведущим мое дело в случае, если какие-либо изменения могут повлиять на получение мною пособия по уходу за детьми. Я также понимаю, что, если я пользуюсь услугами поставщика услуг по уходу за детьми, у которого нет лицензии или который не зарегистрирован должным образом, мой поставщик должен отвечать определенным требованиям, чтобы ему заплатили за предоставляемые им услуги.

Что касается моего дела SNAP, то я обязан (-а) сообщать об изменениях в «Периодическом отчете» или во время переоформления, - в зависимости от того, что случится раньше. Я также обязан (-а) сообщать об изменениях в любое другое время. Если кто-либо из проживающих со мной лиц является трудоспособным взрослым без иждивенцев ("ABAWD"), я также ОБЯЗАН (-А) в течение 10 дней по окончании месяца сообщить, упало ли количество их рабочих часов до менее 80 часов в месяц.

**ВНИМАНИЕ! ВЫ ДОЛЖНЫ ПОДПИСАТЬ И ВЕРНУТЬ ЭТУ ФОРМУ. ЕСЛИ ВЫ ОТМЕТИЛИ «ДА» В ГРАФЕ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ (РАЗДЕЛ 2), НЕ ЗАБУДЬТЕ ОТМЕТИТЬ (✓) КЛЕТКУ(И) И ПРЕДСТАВИТЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ. ЕСЛИ ЭТОТ ОТЧЕТ НЕ ЗАПОЛНЕН ПОЛНОСТЬЮ, МЫ ВЫШЛЕМ ВАМ УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРЕКРАЩЕНИИ ВЫДАЧИ ПОСОБИЯ (ПОСОБИЙ).**

Ваша подпись:	Дата	Номер телефона:
---------------	------	-----------------

**Заполните форму и вышлите ее в предоставленном вам конверте.**

Высылая этот отчет, убедитесь в том,  
что адрес виден  
в окошке этого конверта. ➔